

Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE

**Freddy Velandia, Econ.¹, Nelson Ardón, Odontol.¹, José Miguel Cárdenas, M.D.²,
María Inés Jara, Fil.¹, Nicolás Pérez, M.D.²**

RESUMEN

Los resultados de este estudio muestran que la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, fueron bien evaluadas por parte de la población colombiana. Asimismo, la investigación logró identificar algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica, advirtiéndose que esos factores en conjunto no tienen una alta capacidad explicativa. Con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7 % de los casos ciertas “razones” para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad. Entre las más importantes, tenemos las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”). Finalmente, es importante anotar que existen evidencias directas (p.e., las demoras o la evaluación de “mala calidad” de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de los mismos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

Palabras Claves: Calidad. Oportunidad. Satisfacción. Razones de no uso. Sistema de seguridad social en salud.

La reforma a la salud colombiana, concretizada en la Ley 100 de 1993, pretende, entre otros objetivos fundamentales, brindar una atención en salud de óptima calidad a los usuarios del nuevo sistema, atención que tradicionalmente se ha evaluado de manera negativa tanto por los usuarios como por los proveedores del servicio. Para ello ha establecido los parámetros que la definen y ha creado los respectivos mecanismos de control para garantizarla¹.

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques

para su medición. Por un lado, tenemos la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención, además de considerar la interacción proveedor-paciente². Otra perspectiva es la que se relaciona con los organizadores del sector salud y que incluye a las aseguradoras de carácter público y privado del nuevo sistema, las cuales de entrada reconocen la complejidad de trabajar en el nuevo mercado, y abordan la salud a nivel poblacional, enfatizando en los atributos de la atención que reflejen el funcionamiento de los sistemas organizacionales^{3,4}.

Pero, aunque estas perspectivas

son importantes y útiles, sobre todo la que tiene que ver con los profesionales de salud y los proveedores del servicio, en los últimos años hubo un interés creciente en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas⁵.

En Colombia, después de implementada la actual reforma del sector salud, se puede decir que son muy escasos los estudios que a nivel nacional y bajo la perspectiva del usuario han pretendido hacer una evaluación de la calidad del actual sistema de seguridad social. Entre ellos se destaca como uno de los más importantes el informe divulgado por la Misión Social⁵ fundamentado en la Encuesta

1. Profesor Investigador, Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

2. Investigador en Servicios de Salud, Universidad Católica, Manizales.

de Calidad de Vida de 1997 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), donde se evidencia en general una alta calificación de la población en relación con la calidad de los servicios de salud brindados en el país, pero se destaca asimismo la baja calificación dada a los servicios de salud prestados a través de la seguridad social, más específicamente a través del Instituto de Seguros Sociales (ISS). Y aunque parezca muy apresurado determinar el impacto de la actual reforma a la seguridad social en salud sobre los principales problemas del sector, se hace necesario adelantar estudios que analicen sus avances y limitaciones para poder reorientar en forma efectiva los cursos de acción en materia de política sanitaria en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el presente estudio se utilizaron los datos recogidos en el formulario de hogares de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE realizada durante el segundo semestre de 1997 a partir de una submuestra de 10,016 hogares representativa de la población total del país (39'842,424 personas). Esta base de datos se solicitó a las autoridades del DANE y se reelaboró con únicamente las variables pertinentes para la investigación y se le asignó nuevos códigos que permitieran efectuar los análisis previstos. Para el procesamiento y análisis de la información se usó el paquete estadístico SPSS y el programa STATA versión 5.0.

Es importante anotar que para el análisis de las variables de oportunidad, calidad (satisfacción) y las razones de no uso, que se asumieron como las variables dependientes del estudio y cuyos análisis y descripciones constituyen la parte central del presente estudio, se calcularon prin-

cialmente proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza de 95%, pruebas χ^2 y regresiones logísticas, trabajando directamente con los datos de la muestra, sin efectuar expansiones al universo que para ese año lo constituían 39'842,424 personas.

RESULTADOS

Oportunidad de los servicios de salud. El análisis de esta variable se fundamenta en los resultados obtenidos a partir de las 5,838 personas que dentro de la muestra solicitaron y utilizaron efectivamente los servicios formales de salud. Ellas calificaron la oportunidad a través de una única pregunta (F-23) con dos categorías de respuesta: ¿Considera que la atención fue: a) oportuna b) demorada, en relación con los servicios utilizados en los últimos 30 días?

Se observó una alta calificación a la oportunidad de los servicios, pues 84.3% (intervalo 83.4-85.3) de los encuestados los consideró oportunos, sólo 15.3% (intervalo 14.4-16.2) demorados.

Al analizar la asociación de la oportunidad con algunas de las variables independientes consideradas a través de la prueba χ^2 , se encontró que no hubo una asociación significativa de la oportunidad con el hecho de estar o no afiliado al Sistema de Seguridad Social (χ^2 0.079, nivel de significancia de 0.779 y 1 gl), con la afiliación al régimen contributivo o subsidiado (χ^2 1.07, nivel de significancia de 0.302 y 1 gl), ni con el hecho de estar afiliado a una entidad prestadora de salud (EPS) -caja de previsión, a una empresa social del estado o a un sistema especial de salud como los de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el magisterio o Ecopetrol (χ^2 1.05, nivel de significancia de 0.593 y 2 gl). En cambio, sí se encontró una asocia-

ción significativa entre la evaluación de la oportunidad y el plan de salud utilizado por la persona, en el sentido de haber usado los servicios proporcionados a través de su seguridad social, los servicios de un plan complementario, los recursos propios o alguna combinación de esas tres opciones anteriores (χ^2 32.42, nivel de significancia de 0.000 y 4 gl). Se destaca en particular el hecho que 82.7% de las personas (intervalo 81.2-84.2), una proporción inferior a la media nacional (84.3%), encontraron oportunos los servicios provistos por las entidades de seguridad social.

Identificación de factores asociados con la oportunidad mediante regresión logística. Con el fin de identificar entre las variables que se sometieron a indagación aquellas que, de una manera más definitiva, pudieran estar asociadas con la evaluación de la oportunidad, se usó un modelo de regresión logística que se define de la siguiente forma (no se pretendió construir un modelo con fines predictivos y, además, el R^2 fue muy pequeño):

$$Li = \ln [Pi/(1-Pi)] = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_n X_{ni} + u_i$$

En donde Pi es la probabilidad de que, según un conjunto determinado de características (X) de los usuarios, ellos evalúen los servicios de atención médica como oportunos, mientras que 1-Pi es la probabilidad de que, dado ese mismo conjunto de características (X) los usuarios digan que los servicios no son oportuno (demorados).

De acuerdo con los resultados arrojados por la regresión que se aplicó a los 5,838 pacientes que utilizaron los servicios, se encuentra que los siguientes factores o variables estuvieron asociados con la oportunidad: la edad, el estado de salud percibido, los

motivos de consulta, el servicio de salud utilizado, el plan de salud utilizado (en este caso el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando se utiliza el plan o seguro de salud o los recursos propios), la entrega de medicamentos, la ocupación y la afiliación a la seguridad social (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando no se está afiliado a la seguridad social). Estos resultados corroboran algunas asociaciones obtenidas a través del χ^2 y se descubren otras nuevas como la afiliación a la seguridad social.

Calificación de la calidad (en términos de satisfacción). Igual que con la oportunidad, la calidad (en términos de satisfacción) se evaluó por las mismas 5,838 personas que solicitaron y utilizaron efectivamente los servicios formales de salud durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta. La evaluación se hizo mediante una única pregunta (F-24) con tres categorías de respuesta: Considera que la calidad del servicio fue: a. Buena; b. Regular; c. Mala.

Los resultados arrojados muestran que 82.7% de la población colombiana (intervalo 81.7-83.7) consideró que la calidad de los servicios era buena; 14.2% (intervalo 13.3-15.1) regular; y sólo 3.1% (intervalo 2.7-3.5) mala. Particularmente, quienes usaron sus planes complementarios de salud dieron la mejor calificación (98.3%), en contraste con quienes usaron su afiliación a la seguridad social, quienes sólo calificaron los servicios como buenos en 80.9% de los casos (intervalo: 79.3-82.5), proporción inferior a la media nacional.

Al analizar la asociación de la calidad (satisfacción) con algunas de las variables independientes consideradas con base en la prueba χ^2 , se encontró entre los hallazgos más importantes, que no hubo una asociación significativa entre la calidad y el

tipo de profesional de la salud que ofreció la atención (médico, enfermera o promotor de salud) (χ^2 0.877, nivel de significación de 0.645 y 2 gl); con el hecho de estar o no afiliado al sistema de seguridad social (χ^2 1.26, nivel de significación de 0.534 y 2 gl), con la afiliación al régimen contributivo o subsidiado (χ^2 0.901, nivel de significación de 0.637 y 2 gl), ni con el hecho de estar afiliado a una EPS-caja de previsión, a una empresa social del estado o a un sistema especial de salud (χ^2 2.56, nivel de significación de 0.634 y 4 gl). Por otro lado, sí se encontró una asociación significativa entre la evaluación de la calidad y el plan de salud utilizado por la persona (χ^2 de 26.70, nivel de significación de 0.001 y 8 gl).

Identificación de factores asociados con la calidad (satisfacción) mediante regresión logística. Al igual que para la evaluación de la oportunidad, se realizó una regresión logística. De acuerdo con los resultados arrojados por la regresión, que se aplicó a las 5,838 personas enfermas que utilizaron los servicios, se encuentra que los siguientes factores o variables relacionados con el nuevo sistema de seguridad social, están asociados con la calidad (satisfacción): la entidad de afiliación (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor para los afiliados a una ESS), los motivos de consulta (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando, por una parte, los servicios se usan por ser los mejores y, por la otra, cuando se usan por recomendación), la afiliación a la seguridad social (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando no se está afiliado a la seguridad social). Estos resultados, más seguros y definitivos, descubren asociaciones significativas que no se evidenciaron con la prueba del χ^2 , como la afiliación a la seguridad social y el tipo de entidad de

afiliación.

Razones de no uso de la atención en salud. Mediante una pregunta (F-21) la encuesta intentó captar las razones que tenían las personas para no utilizar los servicios formales:Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica: a) el caso era leve; b) no tuvo tiempo; c) el centro de atención queda lejos; d) falta de dinero; e) considera que el servicio es malo; f) no lo atendieron; g) no confía en los médicos; h) ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto; j) muchos trámites para la cita. Esta pregunta indagaba las razones por las cuales 1,719 personas no solicitaron o no recibieron atención médica en los últimos 30 días por parte de un profesional o institución de salud (hospital, clínica, centro o puesto de salud) por un promotor de salud o una enfermera, sino que acudieron a un recurso informal de salud (boticario, tegua, yerbatero, etc.) o no hicieron nada para resolver su caso.

Al notar que en los análisis con base en la prueba χ^2 se obtenía un gran número de celdas con menos de 5 casos, se procedió a agrupar las nueve categorías de respuesta en sólo cuatro, considerando los aspectos de accesibilidad, oportunidad, satisfacción y calidad técnica de los servicios. Las agrupaciones fueron las siguientes:

Categoría 1. El caso era leve, no tuvo tiempo. Esta categoría reunió las razones no relacionadas con la calidad.

Categoría 2. El centro de salud era lejos, falta de dinero, no confiaba en los médicos. Son razones de falta de accesibilidad.

Categoría 3. El servicio era malo, había consultado antes y no le resolvieron su caso. Son razones relacionadas con la calidad técnica o la eficiencia.

Categoría 4. No lo atendieron, existían muchos trámites para las citas. Son razones relativas a la oportunidad.

Los resultados obtenidos demuestran que de esas 1,719 personas que no acudieron a los servicios formales de salud, 53.9% dio razones de accesibilidad, 35.3% razones no relacionadas con la calidad, 6% razones de calidad técnica y sólo 4.8% razones de oportunidad.

Analizando mediante la prueba de χ^2 la asociación de las razones de no uso con las variables independientes que miden atributos del Sistema de Seguridad Social en Salud, se encontró que hubo una importante asociación de esta variable con la afiliación al sistema (χ^2 116.41, nivel de significación de 0.000 y 3 gl), con el tipo de entidad de afiliación a la seguridad social (χ^2 116.4, nivel de significación de 0.000 y 3 gl) y con el régimen de afiliación (χ^2 245.58, nivel de significación de 0.000 y 6 gl).

Los no afiliados a la seguridad social dieron una mayor importancia a las razones de accesibilidad, con 65.3% (intervalo 62.2%-68.4%), que los afiliados, con 42% (intervalo 38.7%-45.3%); esta situación se invirtió en relación con las razones que nada tienen que ver con la calidad pues, mientras que 42.6% de los afiliados (intervalo 39.2%-46%) le dio más importancia a estas razones, los no afiliados les dio un peso menor de 28.3% (intervalo 25.3%-31.3%). De otro lado, se pudo observar que los afiliados otorgan más peso a las razones de calidad y oportunidad (6.9% y 8.5%) que los no afiliados (6% y 5%).

Según la entidad de afiliación, se evidenció un contraste importante en relación con la accesibilidad: mientras que los afiliados a sistemas especiales le dieron un mayor peso (61%) (intervalo 55.2%-66.8%), los afiliados a las EPS, cajas de prevención y cajas de

compensación le otorgaron uno menor (26.1%) (intervalo 21.9%-30.3%). Esta relación se invierte frente a las razones que no tienen que ver con la calidad pues, mientras 52.7% de las personas que están afiliadas a las EPS, cajas de previsión y de compensación (intervalo 47.9%-57.5%) le dio importancia a este tipo de razones, sólo 29% de los afiliados a los sistemas especiales (intervalo 23.6%-34.4%) se la otorgaron.

En cuanto al régimen de afiliación, existen diferencias importantes; por ejemplo, mientras que los afiliados al régimen subsidiado dieron más peso a las razones de accesibilidad (54.9%) (intervalo 50.8%-59%), los afiliados al régimen contributivo sólo 15.3% (intervalo 11%-19.6%) le dio a estas mismas razones alguna importancia. Esta situación se invierte en el caso de las razones que nada tienen que ver con calidad, donde 59.1% de los afiliados al régimen contributivo (intervalo 53.3%-64.9%) le otorga más peso a este tipo de razones que los del régimen subsidiado, donde lo hace 34.6% (intervalo 30.7%-38.5%).

Por último, también se destaca que el recurso de salud utilizado se asoció con las razones para no acudir al sistema formal de salud (χ^2 de 126.52, nivel de significación de 0.000 y 15 gl). Llama la atención cómo las personas que recurrieron al tegua o empírico dieron más importancia a las razones de accesibilidad, con 72.8% (intervalo 64.2%-81.4%), que las personas que no hicieron nada, con 48.8% (intervalo 43.8%-54%). De manera opuesta, en relación con las razones que nada tienen que ver con la calidad, las personas que no hicieron nada les dieron mayor importancia, con 40.5% (intervalo 35.5%-45.5%), que aquellas que acudieron al tegua o empírico, con 10.7% (intervalo 4.7%-16.7%), o a las terapias alternativas, con 13.3% (intervalo

1.1%-25.5%).

Otro aspecto interesante es que 40% de las personas que acuden a las terapias alternativas (intervalo 22.5%-57.5%) dan un peso importante a las razones de calidad técnica o eficiencia, frente a 3.7% de las que no hicieron nada. Otro tanto sucede en el caso de las razones de oportunidad, pues 10% de las personas que acudieron a medicinas alternativas les dieron importancia frente a 19% de aquellas que acuden al tegua o empírico.

Es importante destacar el alto porcentaje de personas que está asistió al tegua o empírico por problemas de accesibilidad y señalar cómo un porcentaje considerable de personas asistió a terapias alternativas por problemas relacionados con la calidad técnica o eficiencia y con la oportunidad de los servicios de atención médica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Son altas las evaluaciones hechas en relación con la oportunidad y la calidad (satisfacción) de los servicios formales de salud o de atención médica que demandaron y utilizaron las personas que estuvieron enfermas por causa crónica o no crónica. Incluso fue un poco más alta (84.7%) la proporción de personas que encontró oportunos los servicios; 82.7% los calificó como de buena calidad. En realidad la proporción de casos de estrictamente mala calidad sólo fue mencionada por 3.1% de la población.

Lo anterior tiende a indicar que los servicios de salud producidos en el país corresponden a los estándares esperados por la población. Sin embargo, también cabe señalar la posibilidad de que en relación con la oportunidad y, en alguna medida, con la calidad (satisfacción), ese hecho pueda estar indicando que el instrumento de encuesta tuviera poca capacidad

para discriminar las respuestas con el fin de reflejar correctamente la percepción de los usuarios.

Se identificó un conjunto de factores o variables que se asociaron tanto con las variaciones en la oportunidad como con las variaciones en la calidad (satisfacción), entre los que cabe destacar la afiliación a la seguridad social. Otros factores, como el plan de salud utilizado para acceder a la atención médica, se asociaron únicamente con la oportunidad, y el que tiene que ver con la entidad de afiliación, se asoció sólo con la calidad o satisfacción.

La población que estuvo enferma por causa crónica o no crónica y que no utilizó los servicios de atención médica mencionó en 64.7% de los casos razones para no hacerlo que de alguna manera se asociaron con problemas en la calidad. Entre este tipo de razones las más importantes son las dificultades que se pueden calificar de accesibilidad como larga distancia hasta el oferente (accesibilidad "geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural").

Las variaciones en las razones de no uso se asociaron también con las siguientes variables o factores: a) la afiliación: los no afiliados dieron más importancia a las razones de acceso que los afiliados y estos últimos le otorgaron más importancia a las razones que nada tienen que ver con la calidad; b) el tipo de entidad de afiliación: los afiliados a los sistemas especiales dan más importancia a la accesibilidad que aquellos que están afiliados a las EPS, cajas de previsión y de compensación, y estos últimos privilegiaron las razones que nada tienen que ver con la calidad; c) el tipo de régimen de afiliación: mientras los afiliados al régimen subsidiado atribuyeron más importancia a las razones

de accesibilidad, los del régimen contributivo la dieron a las razones que nada tienen que ver con la calidad; d) el tipo de recurso utilizado: si bien es cierto que estaba más asociado con las razones de accesibilidad, también lo es que no dejan de pesar las razones que nada tienen que ver con la calidad para justificar la no asistencia a los servicios formales de salud.

Es importante destacar el porcentaje alto de los que asisten al tegua o empírico por razones de accesibilidad y cómo un porcentaje considerable asiste a terapias alternativas por problemas de calidad técnica y de oportunidad de los servicios de atención médica.

Lo anterior se constituye en una serie de evidencias directas e indirectas de problemas relacionados con la calidad en la seguridad social que resultarían ser muy altas, más altas de lo que corrientemente se ha podido evidenciar. Las demoras o la regular y mala calidad de los servicios (evidencia directa) junto con la población afiliada que no usó su afiliación o bien acudió a otras vías de acceso a la atención médica o simplemente no los usó (evidencias indirectas), pudo corresponder a 40% de los afiliados. En este punto es importante plantearse la pregunta de si la encuesta tenía la capacidad para revelar de manera idónea los problemas de calidad cuando entre los servicios y los usuarios intervienen entidades que actúan como mediadoras. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el propio Sistema de Seguridad Social en Salud podría estar causando dificultades que se reflejan en la actitud de los usuarios o que simplemente no ha podido resolverlas.

Finalmente, cabe mencionar que algunos de los resultados en relación con la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso

presentados aquí, coinciden, en los aspectos correspondientes, con los obtenidos y divulgados por la Misión Social⁶. Hay concordancia en señalar la alta calificación dada por la población a los servicios de atención médica, en la apreciación de las causas para no utilizar esos servicios y en revelar que hay una menor calificación de la calidad en los servicios prestados a través de la seguridad social (la Misión dio énfasis, más que a la seguridad social, al Instituto de Seguros Sociales). Pero vale la pena señalar que en el presente estudio se logró, por una parte, indicar que el problema de la seguridad social puede ser mayor de lo que se cree y, por la otra, penetrar en la identificación de los factores asociados con los tres aspectos estudiados: la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso.

SUMMARY

This paper resumes the main findings of a research project based on the National Quality of Life performed by DANE (National Administrative Department of Statistics) in 1997. We analyzed the main characteristics of the health services in Colombia, in terms of opportunity, satisfaction and reasons for not using the health services by Colombian people. The results showed mainly that the opportunity and the quality (measured in terms of satisfaction) of health services were satisfactorily evaluated by those Colombian people who used them. In the same way, the study identified some key factors which determined the variations in the evaluation this opportunity and quality, as well as the reasons for not using the health care services, warning that those factors jointly don't have a highly explanatory capacity. The reasons for not using

the health care services, mentioned by the people who not use health services were certain reasons which in some way are associated with problems referred to quality. Among the most important were those referred with problems regarding to accessibility. Finally, it is important to point out that exists both direct and indirect evidences that suggest that these problems related to health services quality can be much more important than they apparently appear. The indirect evidences, for example, suggest that the Colombian

Social Security System is causing difficulties reflected in the user's attitude.

Key words: Quality. Opportunity. Satisfaction. Reasons for not using. Social Security System.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. *La reforma a la Seguridad Social en Salud: Ley 100 de 1993*. Tomos I y II. Santa Fe de Bogotá, 1995.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748.
3. Jencks SF, Wilensky GR. The health care quality improvement initiative: a new approach to quality assurance in Medicare. *JAMA* 1992; 268: 900-903.
4. Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organization networks in health care. *Health Affairs* (Millwood) 1996; 15: 7-22.
5. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds.). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
6. Departamento Nacional de Planeación. *Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997*. Bogotá, octubre de 1998.